

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930 - 1931. — N° 83

LE CANCER

de la GRANDE COURBURE

de l'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Février 1931

par

Maurice-Jean-Marcel POURCELET

Né à Saintes (Charente-Inférieure) le 16 Février 1906

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLEMEN ...	professeur.	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ ..	professeur.	
		PAPIN	agrégé	<i>Juges.</i>
		DUFOR	agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE
19, Rue de Berry

1931

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930 - 1931. — N° 83

LE CANCER

de la GRANDE COURBURE

de l'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Février 1931

par

Maurice-Jean-Marcel POURCELET

Né à Saintes (Charente-Inférieure) le 16 Février 1906

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLEMIN ...	professeur.	Président.
		CHAVANNAZ.	professeur.	Juges.
		PAPIN	agrégé	
		DUFOUR	agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DAGUERRE

19, Rue de Berry

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	{ MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	{ CASSAET.	Médecine expérimentale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	{ CHAVANNAZ	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
	{ BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS	Clinique médicale des maladies des enfants ..	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ..	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique pharmacologique et médicale...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie...	G. DUBREUIL.	Médecine Coloniale et Clinique des Malad. exot.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies	
Médecine légale et déontologie	LANDE.	urinaires.....	DUVERGEY
Electroradiologie et clinique d'électr. médicale.	RÉCHOU.	Clinique des Maladies nerveuses et mentales..	ABADIE.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Botanique et matière médicale....	BEILLE.	Toxicologie et Hygiène appliqué.....	LABAT.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Hydrologie thérapeutique et Climatologie ...	SELLIER.

MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine Générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	{ DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
	{ DUFOUR.		PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY
Anatomie pathologique.....	MURATET.		CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		LOUBAT.
	{ CREYX.	Obstétrique.....	{ PERY.
	{ AUBERTIN.		{ N.
Médecine générale.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX
	{ PIECHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
	{ DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et Syphiligraphie....	JOULIA.
		Chimie minérale et pharmaceut. ..	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Médecine opératoire.....	PAPIN.
Accouchements.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.
Puériculture.....	FAUGÈRE.
Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Zoologie et Parasitologie.....	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA CHÈRE MAMAN

*Mon cœur est bien près du tien, Maman, en ce
jour qui est ton œuvre et que tu attendais avec
une si grande joie.*

A LA MÉMOIRE DE
MON BEAU-FRÈRE FRANÇOIS DE LA CHAUSSÉE

Mort au Champ d'Honneur.

A MES FRÈRES ET SŒURS

Dont bien souvent j'ai pu apprécier l'affection.

A MON NEVEU JACQUES

A MES ONCLES ET TANTES

A MES COUSINS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX :

Stage :

1926. — PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER
DOCTEUR BOUSQUET

Externat :

1927. — PROFESSEUR PORTMANN
DOCTEUR PARCELIER

1928. — PROFESSEUR PETGES
PROFESSEUR GUYOT

1929. — DOCTEUR ROCAZ
DOCTEUR BOUSQUET

1930. — PROFESSEUR HENRI VERGER

1931. — PROFESSEUR AGRÉGÉ PERY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOUR

CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHIRURGIEN ADJOINT DU CENTRE RÉGIONAL CONTRE LE CANCER

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CROIX DE GUERRE

*Dont l'enseignement si clair et si clinique nous
a de suite séduit, et que nous remercions des
conseils qu'il a bien voulu nous donner.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAPIN

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

Qui a bien voulu nous donner notre sujet de thèse.

Nous rendons hommage à son esprit clair et précis, à son enseignement remarquable, et nous le remercions du bon accueil et des marques de sympathie qu'il nous a toujours témoignés.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLEMIN

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

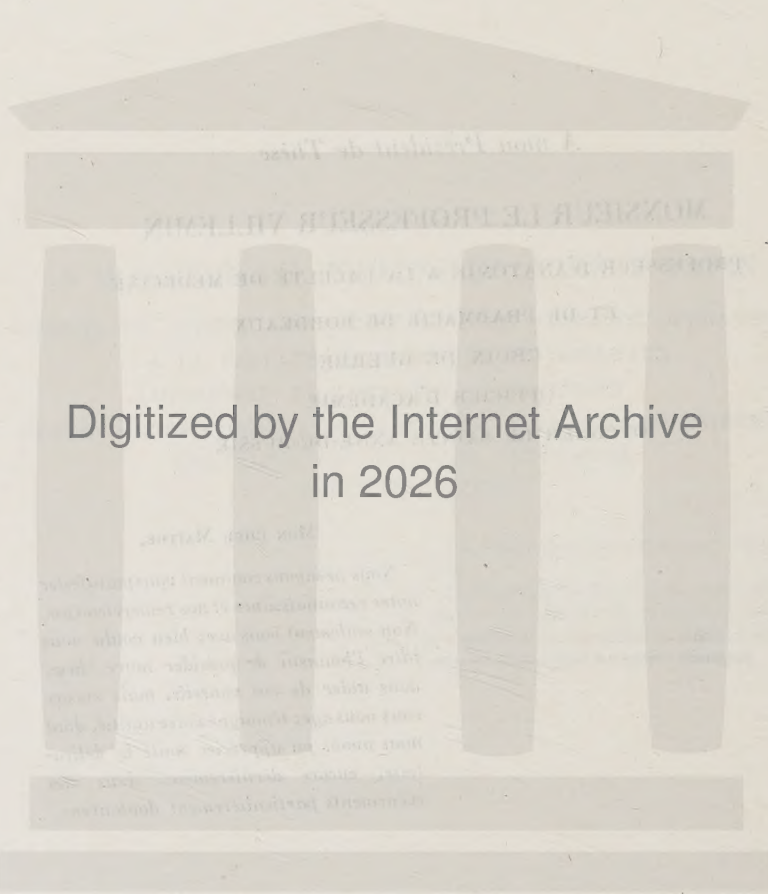
CROIX DE GUERRE

OFFICIER D'ACADÉMIE

OFFICIER DE SAINTE-ANNE-DE-RUSSIE

MON CHER MAITRE,

*Nous ne savons comment vous manifester
notre reconnaissance et nos remerciements.
Non seulement vous avez bien voulu nous
faire l'honneur de présider notre thèse,
nous aider de vos conseils, mais encore
vous nous avez témoigné votre amitié, dont
nous avons pu apprécier toute la délicatesse,
encore dernièrement, dans des
événements particulièrement douloureux.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Quel que soit le siège du cancer de l'estomac, la phase du début est d'un diagnostic difficile, car rien n'est variable comme sa symptomatologie. Les formes cliniques sous lesquelles il se présente sont multiples; et à côté de formes bien différenciées, nombreux sont les faits exceptionnels.

Tout l'organe peut être atteint, de préférence les orifices : cardia, pylore. Mais la localisation sur la grande courbure est particulièrement rare et c'est à cette localisation qu'a trait notre travail.

Là, plus qu'ailleurs, le cancer évolue sournoisement, souvent sans troubles gastriques, ou réduits au minimum. Il se masque fréquemment sous une symptomatologie empruntée aux organes du voisinage (en particulier la rate et le côlon dans les formes avancées), faisant faire fausse route au clinicien. Et quand la vraie localisation apparaît, il est trop tard, le malade est perdu.

« Affection lamentable et humiliante, disait autrefois Peter en parlant du cancer, lamentable pour le malade puisqu'il en meurt, humiliante pour le médecin puisqu'il ne peut guérir. »

A quoi, plus tard, semblait répondre Kocher en disant : « De grâce, Messieurs les Médecins, laissez-nous soigner vos malades. »

Sans être aussi pessimiste que Peter ou aussi optimiste que Kocher, nous pensons que, pour ce qui est du cancer de la grande courbure de l'estomac, il est nécessaire, pour sauver le malade, de faire un diagnostic précoce, qui permettra l'intervention rapide, immédiate.

C'est là le point difficile : ne pas laisser passer la phase curative chirurgicale.

Nous allons chercher à établir, d'après les observations que nous avons trouvées dans la littérature et d'après l'observation personnelle que nous publions, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement du cancer de la grande courbure de l'estomac.

Auparavant, nous indiquerons quelques caractéristiques anatomiques de la grande courbure.

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES

Nous n'avons pas l'intention de faire ici une étude détaillée de l'estomac, nous nous contenterons seulement d'envisager certains points anatomiques, qui nous paraissent susceptibles d'éclairer la pathologie et la thérapeutique chirurgicale du cancer de la grande courbure.

La grande courbure de l'estomac constitue le bord gauche de cet organe. Elle commence au cardia, remonte le long du bord gauche de l'œsophage, épouse ensuite la forme de la coupole diaphragmatique, croise la ligne médiane, pour se terminer au pylore, au-dessous de la petite courbure.

La forme générale de la grande courbure et son orientation varient avec la forme et l'orientation de l'estomac.

Comme certains auteurs l'ont montré (Grégoire, Villemain), l'estomac se dispose presque transversalement chez les sujets dont le thorax et l'abdomen sont larges, tandis qu'au contraire il tend à se disposer verticalement chez ceux dont le thorax et l'abdomen sont étroits et allongés, avec naturellement tous les intermédiaires entre ces deux positions extrêmes.

Dans tous les cas cependant, la grande courbure de l'estomac peut être divisée en deux parties.

Une supérieure, qui correspond à la grosse tubérosité et au corps de l'estomac, une inférieure, qui correspond à la petite tubérosité et aboutit à l'antra pylorique.

La première partie, profondément située sous la coupole diaphragmatique, est rendue difficilement accessible à l'exploration clinique par le gril costal.

La deuxième partie, au contraire, est superficiellement située derrière la musculature abdominale.

L'une, qui constitue les limites externes de l'espace de Traube, est en rapport avec le diaphragme, la rate, l'angle gauche du côlon.

L'autre, qui correspond à la limite inférieure du triangle de Labbé, est en rapport avec le mésocôlon et le côlon transverse.

Ces rapports généraux de la grande courbure nous expliquent la difficulté de son exploration, l'absence de tumeurs perceptibles à la palpation dans certaines de nos observations du cancer de la grande courbure, ce dernier, comme nous le verrons, siégeant habituellement au point où la grande courbure est en rapport avec le pôle inférieur de la rate et l'angle gauche du côlon.

La grande courbure de l'estomac est fixée en diaphragme par le ligament phrénico-gastrique, à la rate par l'épiploon gastro-splénique, au côlon par le grand épiploon ou épiploon gastro-colique.

Si la fixité de la grande courbure est complète au niveau de la grosse tubérosité (ligament phrénico-gastrique), elle est très relative au niveau de la rate et du côlon, ce qui permet vraisemblablement une exploration radioscopique plus parfaite si le sujet est examiné en position verticale, mais mieux encore en position de Trendelenburg.

La grande courbure de l'estomac est vascularisée dans sa partie supérieure, c'est-à-dire sa partie fixe, comme la

grosse tubérosité dont elle forme la limite gauche, par les artères tubérositaires, branches de la coronaire stomachique et par les vaisseaux courts, branches de l'artère splénique.

Dans sa partie mobile, elle est vascularisée par le grand cercle artériel de l'estomac. Ce grand cercle artériel est constitué par les artères gastro-épiploïques droite et gauche.

L'artère gastro-épiploïque droite se détache de l'artère gastro-duodénale sous le bord inférieur de la première portion du duodénum, légèrement en dehors du pylore. Elle décrit une petite anse en V, croise le bord inférieur du pylore et suit la grande courbure de l'estomac, entre les deux feuillets de l'épiploon gastro-colique. Elle donne des branches à l'estomac et des branches au grand épiploon.

L'artère gastro-épiploïque gauche prend naissance sur l'artère splénique en arrière du corps de l'estomac. De l'épiploon gastro-splénique, elle passe dans l'épiploon gastro-colique et suit de gauche à droite la grande courbure de l'estomac, lui donnant des branches ainsi qu'au grand épiploon.

Pour la majorité des auteurs, les deux gastro-épiploïques s'anastomosent à la hauteur du pôle inférieur; pour certains, comme Descomps, Villemin, cette anastomose ne serait pas constante.

D'après Villemin, cette anastomose, même lorsqu'elle existe, n'est pas une anastomose par inosculacion, mais par réseau; ce qui implique une pauvreté de vascularisation en cet endroit. Il y a peut-être là une raison anatomique prédisposante de la localisation habituelle du cancer de la grande courbure.

Quant aux veines, elles accompagnent les artères et

aboutissent à la veine porte, soit directement (veine coronaire stomachique, veine gastro-épiploïque droite), soit par l'intermédiaire de la veine splénique (veine gastro-épiploïque gauche et vaisseaux courts).

Les lymphatiques de la grande courbure sont calqués sur les pédicules artério-veineux.

Ceux de la grosse tubérosité se rendent par la chaîne splénique à quelques ganglions situés au niveau du hile de la rate.

Ceux de la partie inférieure de la grande courbure (partie mobile) sont tributaires de la chaîne gastro-épiploïque droite, située dans l'épiploon gastro-colique et en arrière du pylore (ganglions sous-pyloriques).

Cette disposition des lymphatiques, bien mise en évidence par les travaux de Cunéo, explique la possibilité de métastases ganglionnaires, situées suivant les cas, soit au niveau du hile de la rate, soit dans l'épiploon gastro-colique, au voisinage du pylore.

ETIOLOGIE

Le cancer de la grande courbure de l'estomac est un cancer peu fréquent. Les statistiques, du reste, de Lebert, Brinton, Cunéo, le démontrent.

D'après Lebert, par ordre de fréquence, nous avons :

Cancer du pylore : 51 pour 100 des cas.

Cancer de la petite courbure : 16 à 20 pour 100.

Cancer du cardia ; 9 pour 100.

Cancer de la grande courbure : 7 pour 100.

Cancer de la totalité de l'organe : 6 pour 100.

Monsieur le Professeur Leriche, de Strasbourg, à qui nous avons demandé l'avis sur cette localisation, nous dit l'avoir rencontré deux ou trois fois seulement dans son existence.

Monsieur le Professeur Hamant, de Nancy, nous dit ne l'avoir jamais trouvé comme localisation primitive.

Nous voyons donc que si l'homme paie un lourd tribut au cancer, et en particulier au cancer de l'estomac, qui paraît être le plus fréquent des cancers viscéraux, le cancer de la grande courbure n'en revendique pas moins la première place.

Dans tous les cas observés, il apparaît comme primitif. D'emblée son siège est localisé à la grande courbure. On élimine ainsi l'idée d'une métastase secondaire à un néoplasme d'un organe plus ou moins éloigné.

Il atteint à peu près également les deux sexes, peut-être cependant aurait-il une certaine prédominance dans le sexe masculin !

Il se rencontre plutôt dans l'âge mûr et nous n'avons aucune observation concernant des gens jeunes (30 à 35 ans).

L'hérédité ne semble pas démontrée et ne paraît pas jouer un rôle dans son apparition.

Enfin, il est non douteux que toutes les irritations de la muqueuse gastrique prédisposent et favorisent son apparition : traumatismes divers, gastrites chroniques, ulcères.

La disposition terminale des artères gastro-épiploïques droite et gauche que nous avons signalée plus haut peut vraisemblablement prédisposer à une localisation du cancer sur la grande courbure.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous sommes peu renseigné sur ce qui concerne les formes anatomiques du cancer de la grande courbure, d'abord parce que l'examen microscopique souvent fait défaut, ensuite parce qu'il présente peu de différence avec ce que l'on observe généralement dans les autres cancers gastriques.

Toutefois, toute intervention chirurgicale raisonnable, surtout sur un organe aussi important que l'estomac, suppose une connaissance anatomo-pathologique précise de l'affection contre laquelle elle est dirigée.

Le cancer de la grande courbure se présente sous l'aspect de tumeurs (cancer encéphaloïde) ou d'infiltration en nappe (cancer squirreux).

La dureté ou la mollesse de ces tumeurs répondent à l'abondance du stroma et des cellules cancéreuses. Les tumeurs forment des masses plus ou moins volumineuses arrondies ou ovalaires à grand diamètre dirigé suivant le grand axe de l'organe.

L'encéphaloïde est une tumeur molle riche en suc cancéreux. La transformation colloïde est fréquente. Elle peut envahir la totalité de l'organe, mais plus généralement il se forme une dégénérescence partielle, en foyers, donnant des plaques nacrées, blanchâtres.

Le squirre semble être la forme la plus souvent rencontrée, cependant sa dureté n'est pas toujours aussi nette qu'il est classique de le penser : elle ne crie pas sous le couteau, mais elle résiste seulement.

Les deux modes de production peuvent s'exercer. Le cancer de la grande courbure ne reste pas localisé, mais envahit les organes voisins. C'est ainsi qu'il peut infiltrer le diaphragme comme dans les observations de F. Ramond et Jean Chabrun (Obs. VIII), d'André Cain, Marchand et Augier (Obs. XIII), s'accoler intimement à la rate comme dans l'observation de Boinot et Raybaud (Obs. XII), englober le côlon transverse, envahir l'épiploon, le mésocôlon (Obs. III, Thèse de Leriche).

Si macroscopiquement nous pouvons affirmer que nous nous trouvons en présence d'un cancer, nous pouvons dire que l'aspect extérieur ne signifie rien au point de vue histologique (sauf pour l'épithélioma colloïde). Rien ne peut faire reconnaître extérieurement la formule histologique d'un cancer.

« Tout au plus, dit Cunéo, pourra-t-on s'attendre à trouver un développement considérable du stroma dans le cas de tumeurs très dures. »

Par définition, les cancers stomacaux, à quelque région qu'ils appartiennent, sont ceux qui naissent des cellules épithéliales de la muqueuse de l'estomac.

Histologiquement, on peut classer les épithéliomas de la grande courbure en deux grandes variétés :

1° Les épithéliomas cylindriques typiques.

Ici les éléments néoplasiques se groupent en formations pseudo-glandulaires et peuvent donner des formes secondaires :

- dendritique,
- médullaire,
- squirreuse,
- microcystique,
- à cellules muqueuses ou colloïde.

2° Les épithéliomas cylindriques atypiques.

Là, les cellules cancéreuses forment des amas plus ou moins irréguliers où il est impossible de retrouver la moindre ordination glandulaire : ce sont les carcinomes, qui peuvent donner des formes secondaires :

médullaires,

squirreuses.

La caractéristique générale des épithéliomas est que de bonne heure les cellules néoplasiques traversent la muscularis mucosae gagnent la sous-muqueuse, les musculaires et essaient au loin par voie lymphatique ou veineuse. Et « tant que le premier relai ganglionnaire n'est pas franchi, l'intervention chirurgicale curative est encore possible; cet obstacle forcé, la dissémination des éléments cancéreux dans le système lymphatique interdit toute opération radicale. » (Cunéo.)

SYMPTOMATOLOGIE

Le cancer de la grande courbure de l'estomac se présente avec des signes un peu anormaux.

Bien qu'il paraisse donner lieu à des signes cliniques très divers, l'inappétence, l'anorexie, qui semblent, par leur fréquence, constituer un trait commun à la majorité des cancers, passent ici au premier plan. Il convient donc d'insister sur ces signes, car souvent nous n'aurons qu'eux comme symptomatologie clinique (Obs. I).

Savignac, du reste, insiste, dans cette affection si difficile à diagnostiquer d'une façon précoce, sur la valeur de ce symptôme.

Brinton, en parlant des cancers gastriques en général, prétend que ce signe se rencontre dans 85 pour 100 des cas. « Il ne faut, dit-il, y ajouter d'importance que lorsque le symptôme est très intense. »

Souvent précoce et rebelle, presque toujours continue, l'anorexie peut être modérée ou intense, mais dans tous les cas que nous publions, il ne semble pas que l'on rencontre ce dégoût électif pour la viande et les corps gras si fréquemment observé chez des malades atteints de cancer de l'estomac. Cette anorexie peut cependant manquer et même l'appétit peut être augmenté, aller jusqu'à la boulimie. Dans la littérature médicale française, on en trouve quelques exemples.

Guillemard raconte l'histoire d'un soldat âgé de 35 ans qui n'avait éprouvé de vomissements que trois jours avant sa mort; il n'avait jamais ressenti de douleurs fixes à l'épigastre. Au lieu de cela, une sorte de faim canine le tourmentait souvent, et pourtant sa maigreur faisait des progrès rapides. Pas de tumeur sensible au toucher. L'autopsie montra un néo de la grande courbure de l'estomac. Il fut toujours considéré pendant sa vie comme atteint de ver solitaire et traité comme tel.

C'est Hanot (*Arch. gén. de méd.*, 1893) qui raconte l'histoire d'un homme de 72 ans qui surprit son entourage par son appétit. Il mangeait avidement, et, le repas fini, il se serait volontiers remis à table. Il fut examiné. Il avait, au niveau de la grande courbure de l'estomac, une tumeur appréciable. L'« épithélioma » évolua rapidement, et le malade mourut deux mois après à la suite d'hématémèses abondantes.

La boulimie avait été, chez cet individu, le premier signe du néo. Cette symptomatologie est vraiment étrange dans le cancer de l'estomac, et on peut se demander, vu l'ancienneté de l'observation, si l'on n'aurait pas affaire à autre chose qu'à un épithélioma.

Dans l'observation IX, « l'affection débute par des fringales qui obligent le malade à se relever la nuit pour manger. »

Mais ces faits-là sont tout à fait exceptionnels, et ajoutons que l'anorexie, l'inappétence, n'en demeurent pas moins des signes de premier ordre.

Les autres troubles dyspeptiques consistent en sensations de pensanteur, de plénitude, de gêne épigastrique, que nous retrouvons dans presque toutes nos observations. Les renvois ne semblent pas être très fréquents. Seuls F. Ramond et Jean Chabrun (Obs. VIII) en parlent dans leur observa-

tion. Ce sont des renvois tantôt sans odeur, tantôt désagréables pour le malade et pour son entourage.

Si l'anorexie n'est pas un fait absolument constant, les phénomènes douloureux le sont. En général, ce sont, au début, des douleurs sourdes et modérées, sans rapport avec les repas, consistant en sensation de pesanteur, de tension épigastrique. Peu à peu ces douleurs s'accroissent, changent de caractère, deviennent rongeantes, incessantes, présentes jour et nuit. Elles siègent dans l'hypocondre gauche et au niveau de l'épigastre. Rarement localisées, elles sont, le plus souvent, diffuses, avec irradiation à la base du thorax.

André Cain insiste sur ce symptôme douloureux, qu'il prétend être d'aussi grande valeur et aussi important que la dysphagie.

La dysphagie, qui va depuis la simple gêne à la déglutition jusqu'à l'arrêt complet des solides et des liquides, se trouve non seulement à un stade avancé de l'affection, mais plus fréquemment au début, inquiétant le malade et l'obligeant à restreindre son alimentation.

A cette dysphagie, qui masque tous les autres signes dyspeptiques, il faut ajouter des régurgitations et quelquefois du hoquet.

Mareschal (Obs. XV), cependant, ne signale aucun trouble de dysphagie dans son observation.

Les vomissements, qui sont un symptôme très fréquemment rencontré dans le cancer de l'estomac (87 fois pour 100 d'après Brinton), ne sont, pour ainsi dire, jamais trouvés dans la localisation du cancer à la grande courbure. Ce fait nous paraît si anormal dans un cancer gastrique, que nous pensons devoir attirer l'attention sur ce point.

Les vomissements pituiteux (eaux du cancer) et alimentaires sont absents. Quant aux vomissements hémorragiques, on les trouve à la période terminale. Ce sont eux qui

emportent le malade, soit par des hématomèses abondantes, comme le malade cité par Hanot, soit par un méléna important (Sarles, Obs. XVIII).

À côté de ces signes, locaux en quelque sorte, certains malades présentent des symptômes généraux auxquels on doit s'attarder.

C'est, d'abord, l'amaigrissement, relativement précoce, dû sans doute à la restriction alimentaire, à l'anorexie, à la douleur, et s'accroissant régulièrement, d'une façon progressive; ensuite, l'anémie.

Souvent un des premiers signes observés chez le malade porteur d'un néoplasme de la grande courbure, cette anémie a le caractère des anémies secondaires. Elle s'accompagne d'asthénie. C'est une anémie globulaire, avec leucocytose, et l'on voit déjà les confusions qui peuvent survenir lorsqu'elle coïncide avec une tumeur siégeant du côté de la rate.

Master insiste sur la précocité de l'asthénie et dit qu'assez souvent (17 à 20 pour 100 des cas) les symptômes de faiblesse précèdent de plusieurs mois ou même d'années le diagnostic positif de cancer. C'est une forme clinique du cancer de l'estomac que l'on rencontre surtout dans la localisation à la grande courbure. Nous en rapportons, du reste, deux cas, l'un de Léon Kindberg et Garcin (Obs. X), l'autre de Mordhai Feighel (Obs. XVII).

Quant aux signes physiques, ils sont souvent réduits au minimum.

L'inspection nous montre un sujet amaigri, dont la peau est flasque, et il est rare de voir se dessiner sous la peau une tumeur.

La percussion de l'estomac, en général, ne donne rien. Pourtant, Sarles insiste et dit que souvent on trouve de la matité de l'espace de Traube.

Enfin, la palpation épigastrique peut nous faire sentir une tension légère et même, parfois, une tumeur; mais précisons : dans ce cas, nous sommes, en général, en présence de malades à la fin de l'évolution de l'affection, à la période ultime en quelque sorte.

Tout dépend, il est vrai, de la localisation de la tumeur, car les tumeurs siégeant à la partie postérieure ou sur la grosse tubérosité sont inaccessibles jusqu'à la fin de leur évolution. Au contraire, celles siégeant sur la partie antérieure sont rapidement palpables et accessibles.

Dans aucune de nos observations, lesquelles s'adressent à des cancers évoluant depuis longtemps, on ne signala l'existence du ganglion de Troisier. On sait pourtant toute l'importance qui est attachée classiquement à l'existence de cette adénopathie sus-claviculaire gauche. De nombreux auteurs ont essayé, d'ailleurs, de montrer par quelle voie lymphatique se propageait l'infection cancéreuse. Récemment, Faroy et Worms, dans le *Progrès médical* (17 juin 1925), ont montré la valeur réelle du ganglion de Troisier. Ces auteurs disent que ce ganglion n'est pas spécifique du cancer de l'estomac, mais peut être rencontré dans les différentes affections digestives non cancéreuses. D'autre part, certains cancers pulmonaires, utérins, ont donné lieu à l'apparition de cette adénopathie.

Ainsi nous voyons que l'examen clinique ne fournit pas de données sûres, caractéristiques, pour faire le diagnostic de cancer de la grande courbure de l'estomac, et surtout pour en faire un diagnostic précoce, au début de l'évolution. Aussi devons-nous avoir recours à de bons auxiliaires dès que l'on soupçonne quelque chose d'anormal du côté de l'estomac, et même, dirons-nous, dans toutes les dyspepsies banales !

Presque systématiquement nous ne devons pas oublier les procédés modernes d'explorations, à savoir : L'examen

des selles pour y déceler les hémorragies occultes; les examens radiologique et radioscopique, faits méthodiquement, minutieusement, s'imposent. De même l'étude du suc gastrique et l'examen du sang.

La recherche clinique du sang dans les fèces permet de mettre en évidence les hémorragies occultes dans lesquelles le sang n'est pas reconnaissable à l'œil nu ou au microscope.

Le nombre des procédés est considérable, et leur exposition dépasse notre sujet.

Contentons-nous de dire que, dans presque toutes les observations que nous publions, l'examen des selles au point de vue de la recherche du sang a été fait, et dans toutes la recherche a été positive. Constatation troublante, qui acquiert d'autant plus d'importance lorsqu'elle se fait dans les formes larvées, comme celles que nous traitons, en l'absence de tumeur, de signes cliniques peu appréciables.

Plusieurs fois répétée, cette épreuve est toujours positive, et nous croyons que ce signe, pour ce qui est du cancer de la grande courbure, a une grosse valeur dans le diagnostic précoce, évidemment après avoir éliminé toutes les autres causes d'hémorragie (nasale, buccale, etc.) et même après s'être assuré que cet examen n'a pas été pratiqué sur un malade gros mangeur de viande, non mis au régime depuis au moins 48 heures.

Si ce signe n'est pas pathognomonique, car on peut le trouver dans bien d'autres affections : pancréatites, cancers du foie, cirrhose, etc., il n'en demeure pas moins un élément de grande valeur pour porter un diagnostic et faire le traitement qui en découle.

L'examen du suc gastrique a une grande importance également, mais chez tous nos malades, par suite de leur

faiblesse, il n'a pu être fait. Une observation seulement, publiée par Mordhai Feighel, mentionne cet examen; résultat : anachlorhydrite, présence d'acide lactique. Il ne semble pas du reste qu'il y ait de différence chimique avec les autres localisations gastriques du cancer.

Quant à l'examen du sang, M^{lle} Giraud, dans sa communication faite à la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier (février 1927), conclut que toutes ces méthodes sont inégales et n'ont que peu de valeur pour permettre un diagnostic précoce.

Enfin, tout malade qui est suspect d'une lésion gastrique doit être passé à l'écran. Là, nous pouvons trouver trois signes, qui, s'ils sont réunis, forment une triade caractéristique, mais qui peuvent se présenter séparément, à savoir :

1° l'image lacunaire;

2° les contours flous, dentelés de l'image gastrique;

3° le manque de péristaltisme à l'endroit de la tumeur.

Le signe le plus important est l'image lacunaire. Elle est due à la déformation de l'image gastrique par la saillie que fait la tumeur dans la lumière gastrique et qui refoule la bouillie barytée. C'est une image permanente qui ne doit pas disparaître par la palpation ou des mouvements imprimés à l'estomac. Les contours en sont irréguliers, dentelés ou festonnés.

L'examen du malade doit être fait en position verticale, mais aussi en décubitus dorsal et surtout en position de Trendelenburg, cette attitude s'imposant spécialement dans les localisations à la grande courbure, que nous étudions.

Un examen de profil doit être également pratiqué, car dans certains cas il peut nous montrer la présence d'une tumeur postérieure.

Le Noir, Ramond, dont nous publions les observations, Jacquier-Brêt, dans sa thèse, ont signalé des cas de cancer

de la grosse tubérosité suivis jusqu'à la mort où l'exploration radiologique faite en position verticale, plusieurs fois répétée, n'avait révélé aucune des lésions en évolution. Sarles, dans son observation, dit lui aussi que son malade avait été examiné plusieurs fois sous l'écran en position verticale et l'on n'avait rien trouvé. En position de Trendelenburg, on trouva une superbe image lacunaire sur la grosse tubérosité. Cette position, comme nous le voyons, a une grosse importance dans l'examen des cancers de la grande courbure de l'estomac. Enfin, il faut signaler un signe radiologique que l'on rencontre dans les cancers de la grosse tubérosité et du cardia surtout, c'est le spasme du cardia ou de l'œsophage. On voit la bouillie marquer un temps d'arrêt dans la portion sous-diaphragmatique de l'œsophage, puis le spasme cesse et la bouillie s'écoule.

La radiographie et surtout la radioscopie nous montrent au début (de préférence dans le cancer infiltrant) une rigidité anormale, une hypo-contractilité de la région de la grande courbure occupée par le néoplasme. La souplesse de la paroi lésée disparaît. On a un segment du bord gastrique qui demeure inerte, mais il faut bien le dire, souvent, les deux examens radioscopique et radiographique ne donnent rien. Il ne faut donc pas se hâter d'affirmer l'absence de lésions, mais il faut faire d'autres examens espacés.

« Par ces deux procédés employés conjointement, il faut suivre le malade. Un examen considéré comme bon parce qu'entièrement négatif ne doit pas donner confiance trop longtemps conservée. Là encore, il faut pratiquer l'examen en série. L'observation radiologique, pour conserver sa valeur, doit être minutieuse, rapprochée et sériée.

» Nous pouvons ainsi dépister souvent le cancer à une période où les autres symptômes ne laissent encore que des doutes. » (A. Mathieu et J.-Ch. Roux.)

En résumé, la symptomatologie du cancer de la grande courbure de l'estomac est minime :

Anorexie, inappétence, douleur dans l'hypocondre gauche, dysphagie, quelquefois tumeur, voici pour l'examen clinique.

Anachlorhydrie, sang dans les selles, voici pour le laboratoire. Enfin, examens radioscopique et radiographique qui peuvent, dans certains cas, compléter les données précédentes en montrant une image lacunaire.

EVOLUTION. COMPLICATIONS.

A moins d'un diagnostic précoce qui fournira au malade une intervention chirurgicale curative, avec évidemment tous les risques qui découlent d'une opération aussi grave, le sujet atteint de cancer de la grande courbure de l'estomac est voué à la mort.

Comment évolue la maladie ?

Nous basant toujours sur nos observations, et tout en supposant que les complications sont les mêmes que celles que l'on trouve dans les autres localisations gastriques, nous sommes en présence de plusieurs alternatives.

D'abord, l'état général s'altère, une anémie à titre souvent pernicieux s'installe progressivement, comme dans les observations X et XVII.

Le malade perd de plus en plus ses forces, se décharne, et s'éteint petit à petit ou brusquement, soit par une hémorragie gastrique, soit par un méléna. Pour compléter ce tableau, il faut ajouter la présence de fièvre, qui, en quelque sorte, vient consumer le malade.

Localement, le cancer ne reste pas localisé à la grande courbure, mais au cours de son évolution, il envahit par

voisinage ou par voie lymphatique les organes avec lesquels il est en rapport.

La rate peut être prise et s'accoler intimement à la grande courbure (Obs. XII); le côlon transverse lui aussi est souvent englobé par le cancer formant bloc avec l'estomac (Obs. III).

Le diaphragme peut être infiltré, surtout lorsque l'affection siège sur la grosse tubérosité (Obs. XIII); enfin, le mésocôlon peut être adhérent à la grande courbure, parce qu'infiltré, envahi par le cancer. L'épiploon lui-même présente quelquefois des signes de dégénérescence cancéreuse. L'on comprend dès lors que plus on attendra pour intervenir, plus on augmentera les risques opératoires. L'opération deviendra plus mutilante, plus grave. Au lieu d'une gastrectomie simple, on sera obligé de faire une gastrectomie avec résection d'une partie du côlon transverse et du mésocôlon.

Les complications que nous relèverons ensuite sont peu nombreuses, mais cependant suffisamment importantes pour être citées.

C'est la phlébite, comme dans l'observation XVII, qui, là, se manifeste comme premier signe du néoplasme.

C'est la péritonite par perforation de l'estomac qui emporte le malade, comme dans les cas cités par Boinot et Raybaud (Obs. XII), Leriche (Obs. II), Krœnlein (Obs. VII), péritonite non foudroyante mais dont l'évolution est extrêmement rapide (48 heures).

Enfin, une hématomèse (Obs. XIII) ou un méléna abondant (Obs. XVIII) seront la cause de la mort de ces malades.

Nous concluons donc que porter le diagnostic du cancer de la grande courbure de l'estomac, sans pratiquer une

intervention qui est le seul salut, équivalent à porter un arrêt de mort pour la personne qui est atteinte de cette affection.

Quant au pronostic de durée de la maladie, nous croyons pouvoir dire qu'il varie entre six mois et deux ans.

DIAGNOSTIC

La difficulté du diagnostic réside en ce fait que les signes cliniques du cancer de la grande courbure, surtout au début, sont des signes peu bruyants, n'imposant leur présence que si on les recherche minutieusement.

Nous nous trouvons en présence d'un malade qui présente des troubles digestifs, marqués principalement par de l'inappétence, une sensation de pesanteur dans le creux épigastrique, n'ayant aucun vomissement. L'état général est déficient, pouvant même attirer notre attention par son côté anémique assez prononcé.

L'examen objectif peut ne pas déceler de tumeur ou en déceler une.

Dans le premier cas, nous pouvons penser aux dyspepties banales que l'on rencontre chez des sujets d'un certain âge, fatigués, amaigris, ou bien chez ceux dont l'estomac a subi au point de vue alimentaire un surmenage intense.

Traités médicalement, ces signes rapidement disparaissent, tandis qu'au contraire en face de néoplasme ils persistent et même augmentent. Ajoutons qu'il conviendra dans ces cas douteux et même en premier lieu de faire des examens radioscopique et radiographique (position de Trendelenburg), des examens des selles et du chimisme gastrique, qui viendront nous aider à parfaire notre diagnostic.

Nous ne trouvons rien d'anormal dans le premier cas; dans le second, au contraire, on aura soit une image lacunaire, soit une rigidité anormale d'un bord de l'estomac, du sang dans les selles et des modifications du suc gastrique. De toutes façons notre attention sera attirée vers l'idée d'un néoplasme, et dès que nous aurons des signes de certitude, nous interviendrons.

Quant à l'anémie, nous le savons déjà, c'est une manifestation souvent précoce du cancer, nous devons donc prendre toutes nos précautions : non seulement examiner soigneusement notre malade, mais pratiquer les examens déjà cités et les compléter par celui du sang.

Dans le deuxième cas, nous pouvons percevoir une tumeur. Quels sont les diagnostics en présence ?

Il peut s'agir d'une tumeur de la rate, la confusion est possible, puisque dans l'observation X elle a été faite. Jeanne-ney, dans son observation, dit également que la tumeur de sa malade rappelait au premier abord la forme du pôle inférieur de la rate. Mais ici, la matité doit se prolonger moins haut sous le rebord costal gauche. La mobilité est plus grande, on sent moins nettement les incisures et le bord tranchant caractéristique de la rate; enfin, on doit rechercher les signes hématologiques, radioscopiques. En dernier lieu, la laparotomie viendra trancher le différend.

On peut penser à un néoplasme du côlon transverse, mais on trouvera des signes fonctionnels coliques (syndrome de Kœnig), la tumeur est située plus bas. Enfin, sous l'écran, nous trouverons un estomac indemne.

Un ganglion de la grande courbure symptomatique d'un cancer situé dans une région gastrique peut induire en erreur, et là, la laparotomie sera le grand moyen de diagnostic.

N'oublions pas également la syphilis gastrique, mais sa localisation est plutôt pylorique; de plus, les antécédents

et un traitement d'épreuve nous aiguilleront sur la bonne voie. De même, la tuberculose est surtout localisée au corps de l'estomac et là vraiment ce n'est qu'à l'opération qu'on fera le diagnostic, cette localisation de la tuberculose étant très rare.

Il faut enfin songer à toutes les tumeurs pédiculées de l'estomac, dont le siège électif est la grande courbure (sarcome, schwannome, lipome).

Le diagnostic en sera très difficile par le seul examen clinique et même avec l'aide de la radioscopie, car, ne l'oublions pas, il est des cas où cette épreuve ne donne pas d'image lacunaire perceptible.

C'est pourquoi nous dirons que, dans la majorité des cas et pratiquement, c'est au cours de la laparotomie que l'on fera le diagnostic.

Quel que soit le traitement que l'on fera suivre au plus tard, l'intérêt réside à faire le diagnostic en dehors des cas inopérables, car « un diagnostic, même précoce, ne conduit pas à des conclusions thérapeutiques, mais en mettant en évidence des tumeurs inopérables il permet d'éviter aux malheureux malades des explorations pénibles et un traitement intempestif ». (André Cain.)

TRAITEMENT

Nous ne parlerons pas du traitement médical, qui, là, est hors de cause.

Si la radiothérapie peut être le traitement des épithéliomas développés aux dépens de certains organes, nous pouvons dire que, jusqu'ici, pour ce qui est des cancers digestifs, elle n'a jamais donné de bons résultats. Nous devons donc l'éliminer également et passer à l'examen du traitement chirurgical, qui est, à l'heure actuelle, le seul moyen curatif que nous ayons à notre portée.

La gastro-entérostomie ne nous paraît jamais indiquée dans ces cancers de la grande courbure, parce que déjà, même dans le cancer du pylore, ce n'est pas une bonne opération.

Elle laisse en effet au malade une survie peu prolongée et offre une gravité opératoire importante. C'est une opération palliative qui laisse le mal où il est et ne l'empêche pas de poursuivre son évolution et, de ce fait, d'acheminer le malade à la mort au milieu de souffrances quelquefois atroces. En outre, ici, nous n'avons aucune raison de la tenter; quel avantage pourrait-elle nous offrir puisqu'il n'existe pas de syndrome sténosant ?

Il ne nous reste donc qu'à pratiquer la gastrectomie, qui est évidemment l'opération idéale. Du reste, reportons-nous aux faits pour nous convaincre :

Sur dix-huit observations de malades que nous publions, nous avons :

Non opérés : 6.

Laparotomies exploratrices : 4.

Gastrectomies : 8.

Qu'ont donné ces 8 gastrectomies ?

Comme résultats immédiats : d'un côté, nous avons trois malades qui meurent dans les quelques jours qui suivent l'opération, un deux mois après; de l'autre côté, quatre guérisons. Pour ces dernières, nous ne pouvons donner les résultats éloignés car ils ne sont pas indiqués. Nous savons seulement que dans l'observation III, deux ans et demi après la malade était en vie. Enfin, que la malade de notre observation personnelle, le 13 janvier 1931, c'est-à-dire 14 mois après l'opération, était en excellente santé.

Quant aux malades non opérés et ceux auxquels on a fait une laparotomie exploratrice, ils sont tous morts.

Nous ne pouvons donc conclure qu'en faveur de la gastrectomie.

Mais pour la grande courbure de l'estomac, cette gastrectomie offre quelques particularités.

Ce doit être d'abord une pyloro-gastrectomie et non une résection annulaire (quoique dans quelques observations, en particulier les observations V et VI, on ait employé le procédé avec succès, mais nous n'avons pas les résultats éloignés). De plus, la résection annulaire offre un inconvénient : on tend à être trop économique, d'où mauvaise opération.

Cette pyloro-gastrectomie doit se terminer par un *Bill-
roth II* ou un *Polya*, qui sont là les deux procédés de choix.

Enfin, l'opération doit être faite en un temps. En effet, si dans le premier temps on fait une gastro-entérostomie, on est gêné ensuite dans le second temps de son intervention, d'où aucun intérêt à la pratiquer.

L'avantage de cette intervention sur la grande courbure est que l'on n'est pas obligé de remonter aussi haut sur la petite courbure comme dans les gastrectomies pratiquées pour les autres localisations. Toutefois, dans certains cas, lorsque le néoplasme siège très à gauche sur la partie haute de la grosse tubérosité, aux environs du cardia, l'opération devient plus grave, plus dangereuse, parce que plus mutilante.

Les inconvénients de l'intervention sur la grande courbure résident dans la possibilité de l'envahissement des ganglions du hile de la rate lorsque la tumeur siège sur la partie supérieure de la grande courbure ou de l'infiltration du côlon transverse et du mésocôlon lorsque la tumeur s'est développée à son contact. N'oublions pas également que dans cette localisation l'épiploon est souvent envahi.

Pour la première éventualité, les observations que nous publions ne mentionnent aucune indication, cependant cette complication peut être possible en raison de la disposition des lymphatiques de la grande courbure et elle peut donner lieu à un curage ganglionnaire.

Quant à la deuxième, certaines de nos observations la citent. Dans ce cas, il faut faire une gastrectomie, que l'on complétera par une résection d'une partie du côlon transverse et du mésocôlon et, s'il y a lieu, par une résection de l'épiploon gastro-colique.

Cette opération, dit Leriche, a été pratiquée avec succès. Charrier et Charbonnel, dans leur article sur le traitement du cancer de l'estomac (*Revue de Chirurgie* de 1927), disent que l'envahissement du côlon et du mésocôlon ne constitue

pas une contre-indication opératoire absolue, si par ailleurs il n'y a pas d'autres contre-indications locales ou générales.

En particulier, pour la localisation à la grande courbure, ils précisent et conseillent la résection en bloc. Cette opération, qui fut pratiquée dans l'observation III, a donné un bon résultat. Quant à l'observation IX, nous ne pouvons préciser les suites opératoires.

En résumé, en face d'un cancer de la grande courbure de l'estomac, le diagnostic sitôt fait, il faut intervenir et pratiquer sur le malade une gastrectomie. Par cette opération seulement il risque d'échapper à une mort certaine.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Félix PAPIN (inédite).

M^{me} C..., 65 ans, Sainte-Foix-la-Grande.

Cette malade a commencé, il y a six mois environ, à se plaindre de troubles gastriques, de pesanteur d'estomac et d'inappétence.

Elle n'a consulté son médecin qu'alors que ces troubles dataient de plusieurs mois. Celui-ci, après un traitement peu poursuivi, l'a envoyé consulter un spécialiste des voies digestives.

La radioscopie pratiquée à cette occasion montre une volumineuse image lacunaire sur la grande courbure dans la position verticale de celle-ci. Le diagnostic porté par le spécialiste est celui de cancer de la grande courbure de l'estomac. Cette localisation, le gros volume de la lésion à en juger par la radioscopie, l'âge de la malade et son état général ne lui font pas conseiller l'intervention chirurgicale.

Son médecin, d'accord avec la famille pour essayer une intervention si la chose est encore possible, adresse la malade au docteur Papin, en novembre 1929.

Il s'agit d'une femme grande, faible et de teint pâle; sa paroi abdominale, tout à fait souple, laisse percevoir une masse que l'on sent monter sous le rebord costal gauche et qui descend à peu près à mi-chemin entre le rebord costal gauche et l'ombilic.

Autant qu'on puisse en juger, la masse est unique, mobile dans la partie que l'on peut délimiter, mais il est impossible

d'apprécier les connexions de la portion qui s'enfonce sous le rebord costal.

Foie non volumineux, sans métastases. Pas d'ascite. Pas d'adénopathie perceptible.

Opération (26 nov. 1929). — Anesthésie locale de la paroi et anesthésie des splanchniques. Il existe un gros néoplasme médiogastrique situé sur la grande courbure déterminant presque une biloculation gastrique, mais n'atteignant pas tout à fait la petite courbure, qui reste souple.

Bien que la masse s'enfonce sous le rebord costal gauche, la paroi abdominale est suffisamment flasque et l'estomac suffisamment atone pour qu'on puisse l'attirer de façon à permettre une gastrectomie. Celle-ci, bien que se présentant difficile et grave, est faite en accord avec la famille.

La gastrectomie est faite de droite à gauche. Avant de faire l'exérèse, et l'estomac étant rabattu vers le haut et vers la gauche, on attire la première anse jéjunale de manière à la fixer à la partie supérieure de l'estomac avant que celui-ci ne soit réséqué.

La résection de l'estomac est faite jusqu'au niveau du pôle inférieur de la rate. Le rétablissement de la continuité gastro-intestinale est faite par le procédé de Polya, sur toute la hauteur de la tranche gastrique.

La pièce opératoire enlevée présentait un cancer à la fois végétant et ulcéreux situé sur la grande courbure, à quatre travers de doigt environ de l'endroit où aboutissaient les vaisseaux venant de la rate.

L'examen histologique, fait par MM. Bonnard et Piéchaud, a confirmé le diagnostic d'épithélioma.

Suites opératoires. — Les suites opératoires furent sans incidents au point de vue local, mais l'état général de cette femme, très affaiblie et anémiée avant l'opération, donna des inquiétudes pendant dix jours (injections de sérum, cacodylate, strychnine, etc.). Les points furent enlevés le quinzième jour et la malade se leva au bout de trois semaines. Sa convalescence fut retardée par une grippe et elle ne rentra chez elle qu'au mois de février.

En juin 1930, ses nouvelles étaient très bonnes.

13 janvier 1931. — La malade va aussi bien que possible, elle a légèrement engraisé. Elle ne souffre nullement et accuse simplement un peu de flatulence après les repas. Aucun autre trouble digestif. L'appétit est bon. La palpation de son ventre n'a décelé ni douleur anormale ni tuméfaction.



OBSERVATION I

Radioscopie de Mme Cr.....

OBSERVATION II

Thèse LERICHE, 1906 (service du docteur TISCIER).

D. E..., 66 ans. Tumeur de quatre mois, très mobile, non adhérente. Pas de symptômes fonctionnels, sauf ballonnement. Le 17 juin 1903, laparotomie : tumeur de la grande courbure avec infiltration du grand épiploon; gastrectomie de la portion moyenne, suture en raquette du bout œsophagien et anastomose termino-terminale. Le soir même, température : 39°5. Même température le lendemain et le surlendemain. Abattement, anorée. Mort le 19 avec 40 degrés.

Autopsie. — Péritonite. Ganglions sur le mésocôlon, qui compriment le duodénum.

OBSERVATION III

(*Ibid.*)

F..., 71 ans. Le 21 août 1899, résection circulaire de l'estomac et du côlon transverse. Tumeur de la grande courbure envahissant le mésocôlon transverse et l'épiploon. Carcinome. Guérison maintenue depuis deux ans et six mois.

OBSERVATION IV

KRÖENLEIN. (*Archiv. f. Kl. Ch.*, 1898 à 1902.)

Tumeur de la grande courbure. Résection cylindrique le 6 novembre 1897. Epithélioma. Opération. Guérison. Mort de récidence le 30 décembre 1897.

OBSERVATION V

PANTALONI. (*Arch. provinciales*, 1899.)

H..., 58 ans. Le 7 juin 1899, laparotomie, tumeur de la grande courbure; ablation d'un cylindre gastrique; sutures à deux plans en raquette. Guérison. Histologiquement : épithélioma. Pas de renseignements ultérieurs.

OBSERVATION VI

SCUDER. (Mai 1905.)

Résection du milieu de l'estomac pour carcinome de la grande courbure. Anastomose termino-terminale. Guérison.

OBSERVATION VII

KROENLEIN. (*Archiv. f. Kl. Ch.*, 1898 à 1902.)

F..., 56 ans. Le 2 novembre 1899, résection pour tumeur de la grande courbure attenante au mésocôlon. Ligature d'un rameau de l'A, colique moyenne. Côlon violacé. L'autre moitié est pâle. Résection de 4 centimètres de côlon. Le 5 novembre, douleurs sous-costales. Le 10 novembre, signes de péritonite. Relaparotomie. Mort.

Autopsie. — Nécrose des sutures. Ouverture de l'estomac large comme une pièce de 2 marks. Sutures, coliques suffisantes. Péritonite diffuse par perforation.

OBSERVATION VIII

F. RAMOND et Jean CHABRUN. (Mars 1926.)

Le cancer est du type encéphaloïde très végétant, friable, et ses prolongements subissent la fonte purulente, anaérobique en grande partie, d'où sa grande fétidité.

Il occupe tout le fond de la grosse tubérosité, se prolongeant vers le cardia, dont le séparent environ 3 centimètres, et son étendue est environ celle d'une paume de main.

A sa partie supérieure, empiétant légèrement sur la face antérieure, à peu près au centre de la tumeur, existe une perforation du diamètre d'une pièce de 1 franc, dont le fond est fermé par le diaphragme épaissi et infiltré par le cancer. Tout autour s'observe une épaisse symphyse péritonéale, qui applique l'extrémité de la rate contre la tumeur.

Le médiastin n'est pas envahi. Les autres organes, y compris le reste du tube digestif, étaient intacts. Le foie, cependant, pesait un peu plus de 2 kilos.

Le malade était un chaudronnier de 43 ans. Aucun antécédent d'alcoolisme et de syphilis (réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht négatives). Pas d'infections antérieures notables. Il travaillait dans le cuivre et avalait quelques poussières de ce métal.

Le début paraît remonter à juillet 1925. A ce moment-là, son appétit diminua légèrement, sans disparaître cependant dans les périodes ultérieures. Après le repas, il éprouvait une sensation de tension gastrique, surtout costale gauche, suivie de renvois gazeux, inodores d'abord, puis nettement fétides. Le tout durait deux à trois heures, puis tout semblait rentrer dans l'ordre. Cependant, vers minuit ou une heure, il éprouvait une nouvelle crise d'aérophagie qui le tenait éveillé une à deux heures. Pas de hoquet. Exceptionnellement, il éprouva quelques nausées à son réveil, d'ailleurs pas jusqu'au vomissement.

Maigrissement mensuel de 1 kilo.

Vu l'état de faiblesse à l'entrée à l'hôpital, le chimisme ne fut pas pratiqué. L'examen radiologique, rapidement fait à cause de sa faiblesse, ne montra rien de particulier.

Au moment de son entrée, le malade fut atteint d'une diarrhée fétide, non sanglante, incoercible, avec 15 à 30 selles par jour, cause de la mort rapide. Il s'agissait d'une de ces diarrhées que l'on observe si communément au cours des cancers infectés du tube digestif.

OBSERVATION IX

LE NOIR et LIÈGE. (25 juin 1917.)

Homme de 66 ans. Trois enfants bien portants. Aucune tare héréditaire.

Souffre de l'estomac depuis un an; aggravation progressive. Début de l'affection marqué par des fringales survenant le plus souvent pendant la nuit. Réveillé, le malade est obligé de se relever pour manger.

Progressivement, les fringales se transforment en une sensation de faim douloureuse accompagnée d'un sentiment d'anxiété pénible. Une douleur épigastrique vive à tendance syncopale irradiant dans le dos l'oblige à manger. Les aliments soulagent la douleur.

Loin d'avoir du dégoût pour ses aliments, il présente une appétence très vive pour la viande.

Quelques nausées, constipation opiniâtre, jamais de vomissements, d'hématémèses, ni de méléna.

Amaigrissement de 16 kilos en un an.

Le jour de son entrée à l'hôpital (cinq jours avant sa mort), il nous dit souffrir continuellement et n'avoir aucun repos.

Néanmoins, il a l'impression qu'il digère bien et nous réclame à manger.

Examen. — Teinte pâle des téguments rappelant celle de la chlorose; muqueuses décolorées. Œdème très marqué des membres inférieurs. Langue saburrale, pas de leucoplasie. Abdomen non douloureux, sans ascite; région épigastrique sensible; à droite, légère défense du grand droit. Ni tumeur ni clapotage gastrique. Au niveau du cœur, pas de souffles. Aucune adénopathie. Réflexes normaux. Aucune tumeur dans le rectum; foie et rate normaux. Ni sucre ni albumine dans les urines. B.-W. positif, Rolland positif, Bothelo positif.

Radioscopie. — Estomac contenant environ 150 cc. de liquide aqueux; poche à air normale. Image lacunaire longue très nette du côté de la grande courbure. Bulbe duodénal normal, évacuation gastrique lente.

On ne peut pratiquer le tubage gastrique.

Il est impossible de faire l'autopsie, mais le diagnostic de cancer ne semble pas contestable.

OBSERVATION X

LÉON KINDBERG et GARCIN. (26 nov. 1927.)

M^{me} Jar..., 40 ans, concierge, vient consulter l'un de nous, en octobre 1926, pour des phénomènes d'insuffisance cardiaque apparus assez brutalement. Il s'agit d'une femme jusqu'à bien portante et que nous connaissons comme telle.

Cette femme a eu à faire face à un surmenage excessif, son mari et sa fille étant tombés malades (tuberculose ulcéro-caséuse unilatérale).

Néanmoins, elle parvenait à suffire à sa tâche, quand elle eut, un certain jour, à transporter à la cave de l'immeuble un bon nombre de sacs de charbon. Sitôt le dernier sac chargé, elle fut prise de dyspnée violente et dut s'aliter. La gêne respiratoire persiste, l'œdème des jambes apparaît, il y a de la

tachycardie. La radioscopie montre des ventricules un peu dilatés. Nous pensons à un « cœur forcé » et la soumettons à un traitement tonicardiaque.

Nous n'obtenons qu'une amélioration légère et de peu de durée. La malade essaie de reprendre son travail, mais de nouveau s'alite le 28 octobre.

La température s'élève, irrégulière; l'amaigrissement, la pâleur s'accroissent. Nous craignons une tuberculose pulmonaire, mais nous ne décelons rien du côté des poumons, rien dans les crachats.

Nous pensons alors à une endocardite infectieuse. Un premier examen de sang ne montre qu'une légère anémie à 3.400.000, aucune leucocytose, pas d'azotémie. Une première hémoculture est négative. Son état s'aggravant, elle entre, le 3 mai 1927, dans le service de notre maître, le professeur Lemierre.

Ce qui frappe avant tout, c'est l'anémie. Il n'y a pas d'œdème. L'examen hématologique confirme l'existence d'une anémie marquée, sans réaction myéloïde.

Hématies : 2.280.000;

Leucocytes : 63.000.

Ni myélocytes, ni hématies nucléées.

L'examen du cœur révèle un léger souffle asystolique. Rien aux autres appareils. Urée sanguine : 0,44 p. 1.000. L'examen de l'abdomen nous montre un foie sensiblement normal; on accroche cependant son bord inférieur sur le rebord costal; ce bord est lisse, non douloureux.

Sous le rebord costal gauche, la palpation met en évidence une masse dure, lisse, à bord entéro-inférieur tranchant et découpé d'une incisure reconnaissable; cette masse se prolonge sous les côtes, où elle se traduit par une bande de matité à la base du thorax; en avant, elle se prolonge vers le creux épigastrique; elle est douloureuse spontanément et à la palpation; elle est mobile avec les mouvements respiratoires; sans contact lombaire.

Il n'y a aucun doute, il s'agit d'une grosse rate, et les examens répétés qui en noteront l'hypertrophie progressive ne

laissèrent jamais place à aucune hésitation sur l'existence de cette splénomégalie.

Un interrogatoire plus approfondi nous révèle quelques incidents d'ordre digestif depuis quelques mois; la malade présente des douleurs gastriques, mais sans horaire fixe et sans rapports nets avec les repas. Elles ne s'accompagnaient ni de nausées ni de vomissements. On apprend également l'existence, quinze ans auparavant, d'une hématomélose isolée, sans autre histoire de crise ulcéreuse.

Un examen radioscopique et un examen radiographique de l'estomac ont montré des images tout à fait normales.

L'appétit a beaucoup diminué, mais sans anorexie élective. Une réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative.

La température met en évidence la présence de clochers thermiques (38 degrés, 38°6, 29 degrés).

En somme, nous constatons une anémie progressive, une splénomégalie considérable et un état infectieux avec accès fébriles intermittents. Le souffle cardiaque léger, mais constant, le début de la maladie, nous imposaient le diagnostic d'endocardite lente.

Un traitement à la trypaflavine fut institué : les accès fébriles disparurent. De multiples hémocultures restèrent stériles. Le souffle cardiaque disparaissait, aucune embolie ne se manifestait, il nous fallait abandonner notre première hypothèse.

Deux symptômes dominants résumaient le tableau clinique :

- 1° La splénomégalie;
- 2° L'anémie.

Sans doute, après les deux premières semaines de repos et de traitement par la trypaflavine, le chiffre des hématies s'était élevé à 2.910.000 avec 12.900 leucocytes, mais la déglobulisation avait vite repris son cours, et, le 28 mai, on trouvait 1.890.000 globules rouges; le 2 juin, 1.600.000, avec 6.000 leucocytes et polynucléose.

Un traitement par le foie de veau cru (150 grammes par jour) n'entraîne aucune amélioration. On discute la splénomégalie; la malade ne veut à aucun prix en entendre parler et laisse l'hôpital le 21 juin. Elle part à la campagne, et là tout va de mal en pis; elle revient le 3 août. Elle a une splénomégalie qui a augmenté de volume et elle a traversé de longs épisodes fébriles.

Nous concluons à une tuberculose primitive de la rate.

Le docteur Michon examine la malade. La splénectomie proposée est enfin acceptée.

L'intervention devait renverser toutes les hypothèses.

En effet, l'incision paramédiane gauche montre deux points :

1° Que la rate est absolument normale et à sa place;

2° Qu'il existe une néoplasie gastrique, et, dans l'épiploon gastrique, une grosse masse ganglionnaire cancéreuse qui lui est adhérente et adhérente aussi au côlon transverse.

Le néoplasme, respectant cardia et pylore, occupe la face postérieure du corps de l'estomac et de la grande courbure, s'arrêtant à ce niveau. Et c'est précisément ce bord de la néoplasie qui a simulé pendant la vie le bord tranchant et abrupt de la rate. C'est, d'autre part, le ressaut entre le bord infiltré et la masse ganglionnaire inférieure qui lui est adhérente qui a simulé l'incision si caractéristique.

Toute tentative d'exérèse est impossible.

La malade continue à s'affaiblir et meurt quelques semaines plus tard, sans qu'il soit possible de faire aucune vérification nécropsique.

OBSERVATION XI

CHARRIER et CHARBONNEL. (*Revue de chirurgie*, 1927.)

H..., 53 ans, entre le 3 novembre 1923 pour une tumeur de l'étage supérieur de l'abdomen. Amaigrissement modéré, pas de vomissements, aucun signe de métastase apparente.

Intervention le 11 novembre 1923. Anesthésie locale, puis éther. Grosse tumeur de la grande courbure adhérente au transverse. Grand épiploon rétracté et dur; nombreux ganglions sous-pylorique.

Gastro-colectomie en bloc de parti pris : section large du côlon. Gastrectomie large de gauche à droite. Billroth II. Suture bout à bout des tranches coliques. Durée : 1 h. 20.

Suites. — Bonnes pendant quatre jours, puis signes de péritonite.

OBSERVATION XII

BOINOT et Antoine RAYBAUD. (16 mars 1928.)

Il s'agit d'une femme de 50 ans, qui entre dans notre service pour faiblesse générale et pour des phénomènes pulmonaires, légers à la vérité, mais préoccupant fort la malade.

Depuis deux mois environ, cette femme tousse, crache, et surtout perd ses forces, maigrit et se trouve dans l'impossibilité de travailler.

L'histoire de ses antécédents n'est pas suspecte de tuberculose. Cependant, il y a une vingtaine d'années, la malade aurait présenté un syndrome dyspeptique étiqueté ulcère d'estomac, et que cinq années de régime assez sévère avaient parfaitement guéri. Au reste, la malade doit rechercher dans ses souvenirs pour rappeler les circonstances de cette atteinte digestive, et, d'humeur peu accommodante, elle nous rappelle qu'elle vient pour sa toux.

Malgré ses soucis, cette malade n'a, à l'examen clinique, que des signes bien peu importants d'ordre respiratoire. Elle tousse peu, expectore quelques crachats muco-purulents. A l'auscultation, on trouve une légère réaction alvéolaire et bronchique aux deux bases.

Bien différents sont les signes digestifs : la langue est rouge, humide, vernissée; les dents sont cariées.

La palpation de l'abdomen, facile à travers une paroi dépressible, molle, permet de sentir dans l'hypocondre et le flanc gauches une tumeur dure, étalée, mobile, irrégulière, se prolongeant en haut sous le rebord des fausses côtes. La palpation est douloureuse. Le foie n'est pas gros, la rate n'est pas perceptible. Les autres appareils paraissent normaux.

Les phénomènes généraux sont alarmants : la température oscille entre 38 et 38°5; la pâleur de cette malade est caractéristique; l'amaigrissement est considérable.

En somme, il s'agit d'un cancer développé sur un vieil ulcère calleux de l'estomac.

La radioscopie nous confirme d'ailleurs dans notre opinion lorsqu'elle nous montre, au niveau de la grande courbure, une large lacune à colonnes.

Les jours suivants, notre attention est attirée par la malade sur une violente douleur qu'elle a ressentie, dans le courant de la nuit, au niveau de l'hypocondre droit. Cette douleur, peu intense, est allée en s'apaisant pour persister à l'état diffus. La palpation est douloureuse, le ventre se défend. Nous pensons à une péritonite par perforation du cancer, à l'abcès sous-phrénique.

Une seule chose nous étonne : c'est l'apparition de cette douleur et de cet abcès sous-phrénique à droite, alors que la lésion originelle est à gauche.

Le décès survient la nuit suivante.

L'autopsie, que nous pratiquons trente heures après la mort, nous montre un cadavre œdématié. La tache verte abdominale est très étendue. A l'ouverture du corps, il s'échappe du gaz nauséabond. Le ventre est plein de pus vert, grumeleux. La recherche porte sur l'origine de la péritonite. On trouve derrière le foie une vaste poche de pus épais et vert, horriblement fétide. Le foie enlevé, l'estomac libéré, on va à la recherche de la perforation : il n'en existe aucune trace. Mais on trouve dans l'hypocondre gauche une rate molle, diffluente, accolée d'une manière intense à la grande courbure; derrière elle, une poche de pus, dans laquelle elle baigne,

communiquant avec la poche interhépatodiaphragmatique. L'estomac est ouvert, et l'on trouve, sur la face interne de la partie supérieure, un squirre encéphaloïde bourgeonnant, large comme une paume de main, perforé en son centre d'un ulcère atone. Le foie montre sur sa face supérieure, près du bord antérieur, un pertuis, qui communique avec l'abcès aréolaire profond. C'est là l'origine de cet abcès sous-phrénique. Les autres organes n'ont aucune lésion.

OBSERVATION XIII

André CAIN, J.-H. MARCHAND et AUGIER. (4 août 1928.)

Th..., 65 ans, ébéniste. Le malade vient consulter dans le service du docteur Bensaude, en décembre 1925, parce qu'il présente depuis sept mois une altération progressive de l'état général. Il maigrit, se fatigue, s'essouffle au moindre effort; il a un léger œdème malléolaire.

En même temps s'installe progressivement la dysphagie, d'abord très légère et d'autant plus méconnue que le malade éthylique avéré, présente depuis longtemps des pituites matinales et rejette des glaires dans la journée au prix de violents efforts. Cette dysphagie progressive empêche la déglutition des solides, puis des liquides. Elle s'accompagne de régurgitation.

Le passage des aliments détermine une gêne profonde, mal localisée dans l'hypocondre gauche. Pas de douleurs thoraciques.

A l'entrée, amaigrissement extrême, teint pâle, grande fatigue, bruits du cœur sourds, hypotension (12-6), respiration normale. L'abdomen est souple, facile à explorer. Le foie est petit, pas de matité splénique. Réflexes normaux.

Pendant son séjour, le malade, qui jusqu'alors ne se plaignait que d'une dysphagie avec sensation de plénitude, accuse

des douleurs très violentes et térébrantes à la base gauche du thorax, notamment au niveau de l'épigastre et du rebord costal gauche. Pas de hoquet, pas de névralgie phrénique.

Examen radiologique (plusieurs fois répété).

La traversée œsophagienne est normale, sans arrêt ni spasme. La substance opaque s'engage dans un canal obliquement allongé, dirigé en bas et à gauche, à contours très flous; elle remplit ensuite normalement l'estomac, qui se contracte, s'évacue et se mobilise correctement.

En position couchée et horizontale, on ne voit pas de modifications du contour gastrique. L'examen en position de Trendelenburg n'est pas pratiquée.

L'œsophagoscopie ne donne rien. Il existe du sang dans les selles. Le tubage gastrique n'a pas été pratiqué vu l'extrême faiblesse du malade.

Pour la première fois, deux jours avant sa mort, il présente une abondante hématomèse et meurt sans que l'exploration physique et les examens radioscopiques renouvelés aient pu fournir de nouvelles précisions.

Autopsie. — Examen thoracique négatif.

Abdomen : Absence d'ascite, foie petit et rétracté, calibre du grêle diminué.

La région pyloro-duodénale ainsi que le corps de l'estomac sont souples. Mais il existe un énorme néoplasme occupant la grosse tubérosité et atteignant l'orifice œsophagien. De gros ganglions s'accroissent au niveau de la petite courbure. La surface péritonéale de la grosse tubérosité adhère, par une zone d'infiltration épaisse, à la coupole diaphragmatique, à l'angle gauche du côlon, qui est fixé et non envahi, et au hile de la rate. Le grand épiploon est intact.

A l'ouverture de l'estomac, on voit qu'il s'agit d'une tumeur ulcéro-végétante.

Histologiquement, c'est un épithélioma cylindrique glandulaire.

OBSERVATION XIV

André CAIN, J.-H. MARCHAND et AUGIER. (4 août 1928.)

Cret..., 69 ans, employé de banque. Le malade est adressé à l'un de nous le 1^{er} septembre 1927. Il souffre d'amaigrissement et d'asthénie.

Son attention est attirée par une hématomèse de sang rouge survenue le 23 avril de la même année. Elle fut précédée d'une sensation de constriction à la base du thorax.

Un examen radiologique, pratiqué à deux reprises dans un autre hôpital, a donné le résultat suivant : « Remplissage régulier, petit estomac transversal, contractions symétriques, passage pylorique spontané, calibre duodénal généralement augmenté, pas de stase de la baryte ingérée au préalable. Cœur augmenté de volume, bord gauche convexe. »

Un examen pratiqué deux mois plus tard, en ville, par un autre radiologiste, aboutit aux mêmes conclusions.

En juillet, apparaît une douleur survenant deux heures après le repas. Elle débute à gauche de l'appendice xiphoïde et se fixe sur le bord costal droit pendant une heure ou deux, donnant la sensation d'une blessure profonde. Elle disparaît en s'atténuant progressivement. Les crises douloureuses surviennent tous les jours après tous les repas, ébauchées même après le petit déjeuner du matin.

En même temps s'installe la dysphagie. Le malade ne peut préciser si son appétit avait diminué au préalable et ne mentionne pas d'anorexie élective. Cette dysphagie progressive ne porte encore que sur le pain et la viande. Elle s'accompagne d'une sensation d'arrêt rétro-sternal et détermine des crises de hoquet immédiatement après chaque repas et durant trois ou quatre minutes. Ces crises cèdent à l'ingestion d'un demi-verre d'eau.

La dysphagie ne s'est jamais accompagnée de régurgitation. Une seule fois survient une crise de vomissements très

douloureuse qui dure deux jours et entraîne une intolérance gastrique absolue durant cette période. Pas de nausées, pas de sialorrhée.

Lorsque nous voyons le malade pour la première fois, nous sommes frappés par l'altération de son état général et son amaigrissement (16 kilos en cinq mois). Mais l'examen physique reste négatif : l'épigastre est souple, la région sous-costale gauche se laisse déprimer.

Par contre, l'exploration radiologique nous apporte des précisions d'autant plus remarquables que le malade a été, quelques mois auparavant, examiné à trois reprises, et sans résultat, par des radiologistes particulièrement compétents.

1° En position debout, le conduit œsophagien est normalement traversé par la gélobarine. La substance opaque marque un temps d'arrêt au cardia. On note une légère dilatation sus-cardiaque et un passage sinueux, sans contour déchiqueté, dans la portion sous-diaphragmatique de l'œsophage et au niveau du cardia. L'estomac, petit, paraît se remplir et s'évacuer normalement. L'hémi-diaphragme gauche a un contour normal.

2° Par contre, en mettant le malade en position inclinée de Trendelenburg, on démasque une lacune considérable, à contour déchiqueté, correspondant à la grosse tubérosité gastrique.

Ultérieurement, de nouveaux examens nous ont fait retrouver une déformation identique en position de Trendelenburg; mais la tumeur avait dû subir un accroissement considérable, puisque, même en position verticale, on constatait, au début du remplissage gastrique, que le niveau supérieur de la substance opaque était irrégulier et déchiqueté; mais, très rapidement, la gélobarine descendait dans la partie inférieure de l'estomac et ne dessinait plus les contours de la tumeur.

L'évolution clinique s'est effectuée rapidement sous nos yeux. Une cure d'atropine n'entraîna qu'une rémission passagère des troubles, qui s'accrochèrent progressivement sans qu'il fût possible à aucun moment de déceler, au cours de

l'examen clinique, la présence d'une tumeur.

A la phase de cachexie ultérieure, nous avons perdu la malade de vue.

OBSERVATION XV

MARESCHAL. (13 oct. 1928.)

M. L..., 62 ans, cultivateur, ressentait depuis sept mois des troubles gastriques caractérisés par des pesanteurs après les repas et des sensations douloureuses, peu intenses, mal localisées aux parties inférieures du thorax et supérieures de l'abdomen. Aucun autre symptôme digestif, en particulier pas de dysphagie. Anorexie sans dégoût électif. Grand amaigrissement et asthénie profonde.

Le 16 avril 1928, l'examen abdominal est absolument négatif. Pas de point phrénique ni d'adénopathie sus-claviculaire. Mine terreuse.

L'examen radiologique est fait le lendemain. La baryte arrive normalement dans l'estomac. Quand l'ingestion est terminée, le niveau de la substance opaque se trouve juste au-dessous du cardia; il est horizontal, mais dentelé et creusé en son centre d'une lacune irrégulière, ce qui donne un aspect typique « en pince de homard ». Au-dessus de la baryte, on ne voit pas de clarté aérique, le refoulement de la substance opaque ne détermine aucun changement de l'image. En décubitus dorsal, puis ventral, le fornix ne se remplit pas, et la région juxtacardiaque garde le même aspect lacunaire. En position renversée, l'aspect est identique : on n'obtient aucun reflux œsophagien par la manœuvre de Ledoux et Sluys.

Le 21 avril, une laparotomie exploratrice est pratiquée par

le docteur Laburthe-Tolra; il trouve un cancer occupant la presque totalité de la grosse tubérosité, mais laissant libre le cardia. Depuis, le malade a été perdu de vue.

OBSERVATION XVI

G. JEANNENEY. (20 juillet -929.)

Marie-Louise L..., 36 ans, boulangère. Mère morte à 52 ans, hémiplegique. Mari mort tuberculeux. A eu elle-même une lésion bacillaire du sommet droit à 20 ans. Deux grossesses à terme : enfants vivants et bien portants.

En novembre 1923, présente un syndrome pylorique avec hyperchlorhydrie se traduisant par des douleurs tardives, un amaigrissement considérable (15 kilos), quelques légers troubles de l'évacuation, qui cèdent à un traitement médical simple (papaïne, alcalins).

De 1924 à 1928, la malade est en parfait état, mais en novembre 1928, elle recommence à maigrir (10 kilos en trois mois), en même temps que des douleurs apparaissent : ce sont des crampes douloureuses, nullement influencées par l'alimentation, surtout marquées le matin à jeun, sans brûlures, sans pyrosis; en même temps, vomissements pituiteux et éructations.

L'appétit est conservé, la malade éprouve même le désir de s'alimenter, mais restreint cette alimentation à cause de la sensation de lourdeur qui suit l'ingestion des aliments.

L'anémie est très marquée, elle atteint 3 millions de globules rouges, et s'accompagne d'une polynucléose nette (prof. Sabrazès); le Bordet-Wassermann est négatif (prof. Sabrazès).

Les selles sont noires, le sang n'y a pas été recherché chimiquement.

A l'inspection, on est frappé par l'amaigrissement considérable et le teint pâle de cette jeune femme.

Au niveau de la région épigastrique et l'hypocondre gauche, une pigmentation très foncée signe l'application constante de compresses chaudes sur la région. On voit et l'on sent au-dessous des fausses côtes gauches une tumeur qui suit les mouvements respiratoires et qui s'enfonce sous le rebord costal; son grand axe est dirigé vers l'ombilic, elle est saillante, ferme, et rappelle le pôle inférieur de la rate.

Quant à la radiographie, pratiquée par le Professeur Réchou, elle révèle un estomac avec ptose atonique et une image lacunaire festonnée de la grande courbure, qui a perdu sa souplesse à la pression.

Le diagnostic ne fait guère de doute pour ce qui est de la nature maligne de cette tumeur.

On fait cependant un traitement spécifique, mais l'intervention est décidée et acceptée par la malade. L'indication opératoire est d'ailleurs formellement posée par MM. Sabrazès, Guyot et Parcelier, qui ont eu l'occasion de l'examiner.

L'intervention est pratiquée le 4 février 1929 sous anesthésie au Schleich. L'estomac tout entier apparaît envahi, sauf une mince zone le long de la petite courbure; les lésions s'étendent de la grosse tubérosité jusqu'à 3 ou 4 centimètres du pylore; leur maximum siège sur la grande courbure; la face antérieure et la face postérieure de l'estomac sont également envahies. De nombreux ganglions, très durs, manifestement néoplasiques, apparaissent le long de la grande courbure; un ganglion rouge, d'apparence inflammatoire, est prélevé sur la petite courbure.

A cause de l'extension des lésions jusqu'au voisinage du cardia, il est impossible de tenter une gastrectomie totale, et, d'autre part, l'envahissement des faces ne permet pas de faire une gastro-entérostomie dans le but de mettre l'organe au repos.

Dans ces conditions, on se contente de cette seule laparotomie exploratrice.

L'examen anatomique du ganglion, pratiqué par le professeur Sabrazès, a montré la présence de « métastases massives

d'un épithélioma procédant par larges nappes de cellules polyédriques, cubiques, parfois cylindriques. Des métastases nombreuses s'observent dans ces coupes. La tumeur est à cellules disjointes et n'a pas l'aspect glanduliforme ».

OBSERVATION XVII

MORDHAÏ FEIGHEL (4 oct. 1929.)

Homme de 52 ans. Vient à l'hôpital, le 4 décembre 1927, pour faiblesse, pâleur.

Dans les antécédents personnels et héréditaires, rien de particulier à signaler.

Bien portant jusqu'en février 1927, le malade ressent alors un malaise général. Il est très abattu et se sent faible. Il continue pourtant son travail, mais, souvent, il a une sensation de faiblesse extrême.

Cet état continue à peu près quatre semaines, puis survient une légère amélioration. Mais à partir de ce moment, le malade commence à pâlir. Cette pâleur s'accroît de plus en plus, mais progresse lentement.

A la fin du mois de mars, le malade ressent de fortes douleurs dans les jambes, localisées surtout dans les mollets. Il est souvent obligé de s'asseoir. En outre, les mollets lui semblent toujours froids.

Pas de troubles digestifs. Selles toujours dures; constipation habituelle. Il n'a jamais remarqué de sang dans ses selles.

Au mois d'août, le malade va dans un sanatorium pour améliorer son état général.

Il contracte alors une phlébite de la jambe droite et est envoyé à la clinique chirurgicale le 31 août. Ici, on constate de l'œdème moyennement développé des deux membres inférieurs. On sent, à droite, à la palpation, des cordons indurés. Le malade se plaint de douleurs aux pieds et aux jambes, qui lui semblent lourdes.

On immobilise le malade, dont l'état s'améliore, sans qu'il guérisse complètement. Le malade demande à quitter le service et est renvoyé chez lui le 27 septembre.

A la réadmission à l'hôpital, le 4 décembre, le malade se plaint toujours de sa faiblesse extrême. Les forces n'augmentent pas, malgré qu'il mange bien. Il reste toujours pâle.

L'appétit est donc conservé. Pas de vomissements, ni d'autres troubles gastriques quelconques.

Le malade souffre encore toujours de ses jambes, qui enflent souvent dans la journée.

A l'examen général, le malade présente un panicule adipeux bien développé, des téguments pâles, des muqueuses décolorées, des œdèmes aux membres inférieurs (séquelles de phlébite).

Appareil digestif. — Dentition en bon état. Langue humide, un peu chargée. Abdomen souple, non ballonné, non douloureux. Foie agrandi, dépassant le rebord costal de deux travers de doigt. Rate augmentée de volume à la percussion, palpable, mais difficilement.

Appareil circulatoire. — La pointe du cœur bat dans le 5^e espace, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. On entend un souffle systolique dans toute la région cardiaque, aussi bien à la pointe qu'à la base et dans la région mésocardiaque. A la radio, on voit le ventricule gauche un peu agrandi.

Urines : rien à signaler.

Sang : Hb, 40 p. 100; globules rouges, 3.100.000; globules blancs, 7.000 (poly, 61 p. 100; mono, 34 p. 100; éosino, 6 p. 100.

Suc gastrique : acide libre, 0; acide total, 0,44.

Examen des selles : Gaiac, +; benziline, +.

Le 8 décembre, un nouvel examen de sang montre :

Globules rouges, 2.500.000; Hb, 35 p. 100.

On constate à plusieurs reprises des hémorragies occultes dans les selles.

L'examen radiologique montre un cancer prépylorique qui paraît opérable au radiologiste.

On relève l'état général du malade par deux transfusions et on le transfère à la clinique chirurgicale.

A l'opération, faite le 17 décembre, on constate une tumeur, de la grosseur d'une mandarine, située sur la grande courbure, à trois travers de doigt du pylore. La tumeur est fixée largement au mésocôlon. De nombreux ganglions sont constatés autour de l'estomac et le long de l'aorte. On est ainsi obligé de se contenter d'une gastro-entérostomie.

OBSERVATION XVIII

SARLES. (5 janvier 1930.)

B... (R.), 49 ans, Italien, valet de chambre, m'est adressé, en septembre 1928, pour dyspepsie.

Jusque vers la fin du mois de juillet 1928, le malade n'avait jamais présenté de troubles digestifs. Il avait perdu l'appétit, avait des digestions normales, sans pyrosis, ni vomissements, ni nausées.

Depuis de longues années, son poids se maintenait d'une façon stationnaire.

Fin juillet 1928, il ressent des douleurs dans l'hypocondre gauche s'irradiant vers le sein gauche, douleurs sourdes, inconstantes, sans rapport avec les repas, survenant la nuit de préférence. Cette première phase douloureuse, sans dysphagie, ne dure que quelques jours.

Très rapidement, la déglutition devient difficile, mais la douleur, par contre, disparaît. Dès le début du repas, si petit soit-il, le malade ressent une contraction de la partie supérieure de son œsophage : il pense ne pas pouvoir avaler. Cependant, les aliments finissent par passer; seul un liquide salivaire est rejeté. L'alimentation est réduite.

Un examen radioscopique, vers août 1928, montre un arrêt net de la bouillie barytée au niveau du cardia, et le diagnostic de cardiospasme est porté.

L'atropine sous-cutanée est mal supportée. Les aliments liquides ne sont guère mieux tolérés que le pain ou la viande. L'amaigrissement augmente rapidement (10 kilos en deux mois); la dysphagie persiste pendant un mois, variable suivant les jours.

La douleur ayant cessé, la dysphagie résume toute la symptomatologie fonctionnelle. Il n'existe ni toux, ni dyspnée, ni dysphonie.

C'est à ce moment que je vois le malade. Au premier examen, je note : tension artérielle, 12 — 7 au Vaquez, égale des deux côtés; pupilles normales; réflexes normaux. Le ventre est excavé, sans tumeur perceptible, sans douleur à la palpation. Foie normal. Pas de splénomégalie, mais l'espace de Traube est franchement mat.

Pas d'adénopathie cervicale. B.-W. dans le sang négatif. L'examen hématologique montre une anémie très légère.

Des radioscopies et radiographies de l'œsophage et de l'estomac sont demandées et pratiquées le lendemain.

La bouillie barytée a un temps d'arrêt très prolongé au niveau du cardia. L'œsophage est de calibre normal, non allongé : il ne se vide jamais complètement au cours de l'examen. Pourtant, un mince filet glisse sans accident le long de la petite courbure, qui est régulière, et l'estomac finit par s'emplir. Il est normal.

En somme, dans la position verticale, la seule anomalie est l'arrêt de la baryte au niveau du cardia.

Dans le décubitus dorsal, par contre, on voit une image lacunaire typique. La limite supérieure de la zone opaque intragastrique ne suit pas la convexité de la grosse tubérosité de l'estomac. Elle dessine, au contraire, avec sa portion interne, une concavité nette en haut et en dedans, enserrant un espace grisâtre et irrégulièrement ovalaire.

L'extrémité droite ou interne de cet espace touche à l'orifice du cardia.

Le diagnostic de cancer de la grande courbure de l'estomac est porté.

Jusqu'en septembre, après essai de solanées (génoscopolamine, genhyoscamine), abandonné parce que mal supporté et aggravant la dysphagie, la déglutition reste difficile. Toujours aucun signe physique, sauf matité au niveau de l'espace de Traube.

En octobre, changement important : la dysphagie diminue assez brusquement, puis cesse ; par contre, reparait la douleur à gauche, plus violente qu'autrefois, prenant parfois l'allure de crise angineuse. Quotidiennement, on fait de la morphine. L'état général décline ; la dysphagie ne reparait plus jusqu'à la mort (26 novembre).

Les douleurs atteignent l'hypocondre droit, et deux nodosités hépatiques sont perçues à la palpation.

La température (38 à 38°3) atteint et dépasse 39 degrés.

La mort survient au cours d'une hémorragie (méléna).

CONCLUSIONS

1° Le cancer de la grande courbure de l'estomac est une affection rare. En raison de son évolution insidieuse, ce néoplasme paraît plus grave que celui des autres régions gastriques.

2° Il est difficilement décelable, car :

a) En dehors de la présence du sang dans les selles, il peut se manifester sans tumeur perceptible et avec des signes clinique apparemment bénins (anorexie, pas de vomissements). Enfin, la radiographie elle-même ne montrera souvent une image lacunaire que si elle est pratiquée en position de Trendelenburg.

b) Dans les cas de tumeurs, le diagnostic reste difficile en raison des rapports immédiats de certains organes avec la grande courbure (rate, côlon).

3° Le seul traitement du cancer de la grande courbure de l'estomac est celui de tous les cancers du tractus digestif : le traitement chirurgical.

a) Il consistera dans une gastrectomie qui doit être une pyloro-gastrectomie terminée par un Billroth II ou un Polya.

b) Si les lésions atteignent le côlon ou le mésocôlon, il ne faut pas hésiter à pratiquer une colectomie.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
F. VILLEMIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 18 Février 1930.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BARD. — Les formes cliniques du cancer de l'estomac. *Sem. Méd.*, 1904.
- BRINTON. — Traité des maladies d'estomac. Paris, 1870.
- BOINOT et Antoine RAYBAUD. — Cancer de la grande courbure de l'estomac. Abscès de la loge splénique et abcès aréolaire du foie. *Marseille Médical*, 16 mars 1928.
- CAIN, MARCHAND et AUGIER. — Le cancer de la grosse tubérosité gastrique. *Presse Médicale*, 4 août 1928.
- CHARRIER et CHARBONNEL. — *Rev. de Chir.*, 1927, p. 842 à 878.
- CHILDE (C.-P.). — *British med. Journ.*, 27 janv. 1906.
- COUILLAUD. — *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, 8 juin 1899; Congrès de chirurgie, 1903.
- CUNÉO. — *Thèse*, Paris, 1900. De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac et de ses conséquences chirurgicales.
- CZERNY. — *Jahresbericht der Heidelberg chir. Klinik für*. 1900, 1902, 1903, 1904. In *Beitrage für Klin. chir.*
- DEFOSSEZ. — *Thèse*, Paris, 1900-1903.
- DESCHAMPS. — Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac. *Thèse*, Paris, 1884-1885.
- DUVAL, ROUX et BÉCLÈRE. — Radiologie clinique du tube digestif (estomac, duodénum), t. I, Masson, édit., 1927.
- EISELBERG (V.). — *Arch. für Klin. chir.*, Bd LIV et Bd LXII.
- FARE, de New-York. — *Arch. of Surg.*, juill. 1926, p. 75 à 85.

- FAROY (G.) et WORMS (R.). — De la valeur réelle des ganglions de Troisier. *Progrès médical*, 17 juin 1925.
- FONTANA, de Milan. — *Journ. de chir.*, 1929, p. 712.
- GIRAUD (M^{lle}). — Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier, 4 févr. 1927.
- GUILLEMARD. — Mémoires de médecine et pharmacie militaires, 1838, t. XVII.
- HANOT. — *Arch. gén. de méd.*, 1893.
- HARTMANN et CUNÉO. — *Presse médicale*, 31 mars 1900; *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900.
- HARTMANN et TERRIER. — Chirurgie de l'estomac, 1899.
- HAYEM (G.) et LYON. — Traité de médecine, 1920, Masson.
- HERMANN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 4 août 1927, p. 119.
- HESSE. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, mai 1927, p. 204 à 214.
- HOWARD. — *Journ. of the amer. méd. Assoc.*, 1902.
- JACQUIER-BRÊT. — Thèse, Lyon, 1908-1909.
- JAKI. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, août 1928, p. 95.
- JEANNENEY (G.). — A propos du cancer de la grande courbure de l'estomac (pseudo-splénomégalie, conservation de l'appétit). *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 juillet 1929, p. 579.
- KINDBERG (Léon) et GARCIN. — Pseudo-splénomégalie par cancer de l'estomac. *Progrès médical*, 26 nov. 1927.
- KROENLEIN. — *Arch. für Klin. chir.*, 1898 et 1902.
- KOCHER. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1899, n° 57, et *Chirurgische operations-lehre*.
- KOLBE. — Thèse, Lausanne, 1901.
- LECÈNE et PETIT. — *Rev. de gyn. et chir. abd.*, mai 1906.
- LE NOIR et LIÈGE. — De la conservation de l'appétit et de la boulimie dans le cancer de l'estomac. *Progrès médical*, 26 nov. 1927.
- LERICHE. — Thèse, Lyon, 1906.
- MARESCHAL. — Nouvelle observation du cancer de la grosse tubérosité gastrique. *Presse médicale*, 13 oct. 1928.
- MASSON. — Diagnostic de laboratoire, 1912.

- MASTER. — *Arch. of intern. med.*, vol. XXXV, n° 4, 15 avril 1925.
- MATHIEU (A.) et ROUX (Ch.). — Pathologie gastro-intestinale, t. I, Doin, édit., 1923.
- MAYO. — *Amer. of. Surg.*, juill. 1903.
- MAYO-ROBSON. — *The Lancet*, 3 déc. 1904.
- MAYO (Ch.) et MAYO (A.). — Cancer de l'estomac et son traitement chirurgical. *Ann. of Surg.*, août 1917.
- MORDHAI FEIGHEL. — *Strasbourg médical*, 4 oct. 1929.
- PANTALONI. — *Arch. prov. de chir.*, 1899.
- PAUCHET (V.). — Traitement chirurgical du cancer de l'estomac. *Journ. de chir.*, 1919.
- PAUCHET (V.) et HIRCHBERG. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, juill. 1927.
- PETERSON et COLMERS. — *Beitrag für Klin. chir.*, 1904, et XXXIII^e Congrès de chirurgie de Berlin.
- PENDE, de Prague. — *Medizinische Klinik*, 21 janv. 1927.
- PHILIPP. — *Thèse*, Heidelberg, 1909.
- POIRIER et CUNÉO. — *Traité d'anatomie humaine lymphatique*, t. II, fasc. 4.
- RAMOND (F.) et CHABRUN (Jean). — Cancer de la grosse tubérosité gastrique. Soc. de gastro-entérologie, 8 janv. 1926; *Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. XVI, mars 1906, p. 345 à 376.
- REGNAULT. — *Thèse*, Lyon, 1905.
- ROPKE. — *Brun's Beitrage zur Klinischen Chirurgie*, 1928, t. XXXIII, p. 453-458.
- ROUSSEAU. — *Thèse*, Paris, 1911-1912.
- SANEROT. — *Thèse*, Lyon, 1905-1906.
- SARLES. — Les cancers de la grosse tubérosité gastrique. *Marseille médical*, 5 janv. 1930.
- SCHRAMECK. — Spasme de l'œsophage dans le cancer de l'estomac. *Thèse*, Lyon, 1894-1895.
- SCUDDER. — *Ann. of Surg.*, mai 1908.
- SAVIGNAC (R.). — Le dégoût électif de la viande dans le cancer de l'estomac. *Journ. de méd. de Paris*, 3 août 1920.

- VALLAS. — *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, 12 et 19 janv. 1905.
- VILLATA, de Turin. — *Clinica chirurgica*, mai 1929, p. 801.
- VILLEMEN (F.). — *Précis d'anatomie topographique*, 1927.
- VULLIET. — *Rev. méd. de la Suisse romane*, 28 janv. 1927, t. XXXIII; *Journ. de chir.*, 1929, p. 709.
- WEICKER. — *Zentralblatt für Chirurgie*, 7 janv. 1928, p. 760.
- WILLERDING. — *Arch. für Klinische chir.*, 1924, fasc. 1-2.
-

